

# Questionnaire confidentiel

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## RAISON DE LA CONSULTATION

- Quels sont vos problèmes majeurs (par ordre d'importance) ?  
A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_
- Depuis quand avez-vous ces problèmes ?  
A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_
- Comment sont apparus ces problèmes ?  
A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour votre (vos) condition (s) ?  oui  non  
Lequel ? \_\_\_\_\_

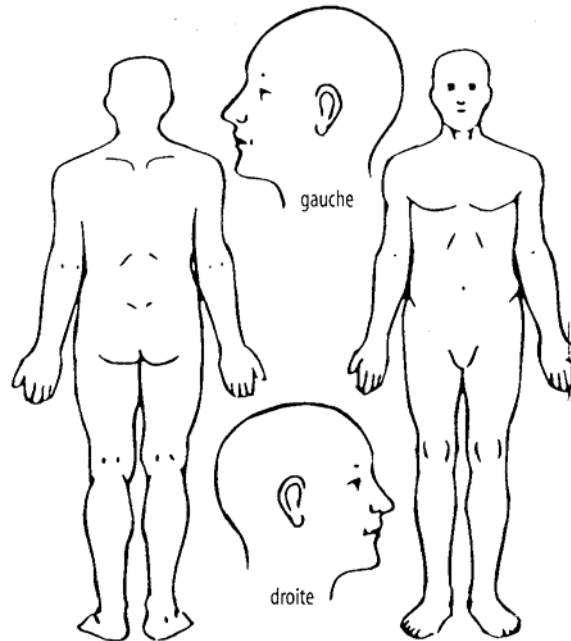
### Section réservée pour le/la chiropraticien (ne)

Fréquence  
Échelle 1-10  
Progression  
Type  
↑↓  
Alimentation  
Sx associés  
Douleur référée  
Matin / soir / journée

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SCHÉMA DE LA DOULEUR

Encercler vos zones douloureuses



## HISTORIQUE CHIROPATIQUE

- À quand remonte votre dernière visite chiropratique ? \_\_\_\_\_
- Quel type de soins avez-vous reçu ?
  - Soulagement ?  oui  non
  - Réhabilitation ?  oui  non
  - Prévention ?  oui  non
- Pour quelle condition ? \_\_\_\_\_
- Comment qualifiez-vous les résultats ? \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PERSONNELLES

- êtes-vous fumeur ?  oui  non
- Quantité d'alcool par semaine ? \_\_\_\_\_
- Quantité de café par jour ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu des accidents / chutes ?  
4.1.  oui  non  
Voiture : \_\_ année : \_\_\_\_\_  
Travail : \_\_ année : \_\_\_\_\_  
Sportif : \_\_ année : \_\_\_\_\_  
Maison : \_\_ année : \_\_\_\_\_

- Faites-vous des activités physiques ?  
 oui  non  
Lesquelles ? \_\_\_\_\_

- Avez-vous des semelles orthopédiques ?  
 oui  non
- Possédez-vous un ballon d'entraînement ?  
 oui  non
  - Quelle quantité d'eau buvez-vous par jour ?  
\_\_\_\_\_ litres / jour
  - Nombre d'heure(s) de sommeil par nuit ?  
\_\_\_\_\_ heure(s) par nuit
  - Dans quelle position dormez-vous ?  
 Dos  Côté  Ventre
  - Comment est la qualité de votre sommeil ?  
 Bonne  Moyenne  Pauvre
  - Est-ce que vous passez la soie dentaire ?  
 oui  non
  - Votre poste de travail est-il adéquat ?  
 oui  non
  - Nombre d'heure(s) en position assise ?  
\_\_\_\_\_ heure(s) par jour
  - Utilisez-vous un oreiller postural ?  
 oui  non

## INFORMATIONS FAMILIALES

- Avez-vous des enfants ?  oui  non  
Si oui, combien et quel âge ? \_\_\_\_\_
- Y a-t-il des maladies arthritiques, cardiaques, hypercholestérol, génétiques, congénitales ou cas de cancer dans votre famille ?  oui  non  
Lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

